

Dieses Feld bitte nicht beschriften!

Einsendende/r Arzt/Ärztin: (genaue Anschrift / Stempel)			Patient/in: (Aufkleber)	
Datum: _____ Entnahmezeit des Präparats: _____ Uhr Klarname des Untersuchers: _____ Telefon: _____ Unterschrift: _____				
Stationär: Regelleistung ○	Stationär: Wahlleistung Arzt ○ KVB Post B Knappschaft	Ambulant: Ü-Schein liegt bei ○	Ambulant Privat: Rechnung an Patienten ○ KVB Post B Knappschaft	Ambulantes Operieren Krankenhaus: ○ Kassen-Nr.:

Voruntersuchung? (Nr., Datum)

Klinische Verdachtsdiagnose:

BAL-Region:

- ☐ Mittellappen
☐ Lingula
☐ Sonstiges: _____

Instillationsvolumen insgesamt (ml):

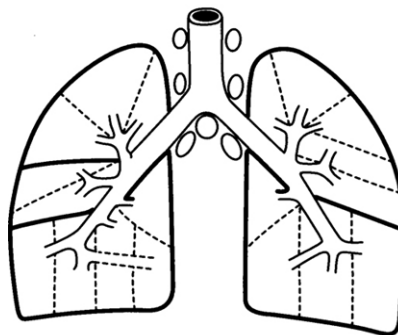
Rückgewinnung insgesamt (ml): _____

Kortikosteroide? ☐ ja ☐ nein

Andere Immunsuppressiva? ☐ ja ☐ nein

Antibiose? ☐ ja ☐ nein

Lungenbefund / BAL-Region



Endoskopischer Befund:

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ohne Befund | <input type="checkbox"/> akute Bronchitis | <input type="checkbox"/> chronische Bronchitis | <input type="checkbox"/> eitrige Bronchitis |
| <input type="checkbox"/> Tumor | <input type="checkbox"/> instabil / kollaptisch | <input type="checkbox"/> atroph | <input type="checkbox"/> kontaktvulnerabel |
| <input type="checkbox"/> mucoid impaction | <input type="checkbox"/> ödematös | <input type="checkbox"/> hypervaskularisiert | <input type="checkbox"/> _____ |

Raucherstatus:

- ☐ Nichtraucher (ggf. seit _____)
- ☐ Raucher (Zahl der täglichen Zigaretten: _____; Packyears (py): _____) ☐ Zigarre ☐ E-Zigarette ☐ sonstiges _____

Anforderung molekularpathologischer Erregernachweis: